

様式第 8 号

理容所検査確認証（紛失・き損・汚損）届

年 月 日

（あて先） 千葉市保健所長

開設者住所 （法人にあつては、主たる事務所の所在地）	
開設者氏名 （法人にあつては、その名称及び代表者の氏名）	（※）
（※）記名押印又は本人（代表者）が署名してください。 ただし、押印又は署名以外の方法により本人（代表者）からの申請であることを確認できる場合は記名のみで可。	
連絡先電話番号 連絡先メールアドレス	@

理容所検査確認証を（紛失・き損・汚損）したので、千葉市理容師法
施行細則第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

理容所	名 称	フリガナ		
	所 在 地	千葉市 区 (電話)		
確認番号	第 号	確認年月日	年 月 日	

添付書類

理容所検査確認証をき損し、又は汚損したときは、当該理容所検査確認証

受 付 印

--